



(第13回研修医症例報告会) 多診療科の集学的加療により治療し得たフルニエ壊疽の1症例

著者名	若生 翔, 齋藤 眞樹子, 久保田 英, 武田 宗和, 矢口 有乃, 大森 亜紀子, 小寺 由人, 櫻井 裕之, 池田 敬至
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	89
号	1
ページ	25-25
発行年	2019-02-25
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032293

doi: 10.24488/jtwmu.89.1_17(https://doi.org/10.24488/jtwmu.89.1_17)

痛が出現し嘔気のため食事摂取困難となり近医へ救急搬送され、その後当院3次救急に転送となった。排尿時痛と右腰部痛、腹部超音波検査で右腎盂の拡大、炎症反応の上昇を認め急性腎盂腎炎の診断で同日入院となった。〔入院後経過〕Ceftriaxone (CTRX) 1 g/day で加療開始したものの、入院後3日間は40.0℃の発熱が持続し炎症反応も改善なく、尿量も1000 ml/day程度と少量となり敗血症を呈した。Magnetic resonance imaging (MRI) 検査の結果、胎児成長に伴い子宮が増大、後屈し右尿管が閉塞されて腎盂腎炎に至っていると診断。泌尿器科が尿管ステントを挿入し左側臥位にて治療した。翌日より速やかに解熱し尿量も回復、炎症反応も改善した。〔考察〕妊娠の進行に伴う子宮の右回旋による傾斜と、妊娠中に怒張した右側卵巢静脈の圧迫による右尿管拡張のため、妊娠時の腎盂腎炎は右側に生じやすい。重症な腎盂腎炎により敗血症状態や高熱が続く場合は早産のリスク増大や胎児成長への影響が懸念されるため、MRI検査で診断し早期に尿管ステント留置することが必要である。

15. 著明な体重減少のみを主訴に受診し、複数の診断モダリティーを使用し診断し得た左房粘液腫の1例

(¹卒後臨床研修センター,²循環器内科)

○紀川朋子¹・◎服部英敏²・菊池規子²・鈴木 敦²・志賀 剛²・萩原誠久²

症例は70歳女性。主訴は体重減少。1年間で10 kgの体重減少を主訴に前医受診。上下部消化管内視鏡検査や胸部造影CT (computed tomography) では異常所見なく、採血上IL-6上昇、心エコーで左房内に17×15 mmの腫瘍を認め、左房粘液腫が疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。悪性疾患否定のためPET (positron emission tomography) を施行したが、悪性疾患をはじめ炎症性疾患を疑う所見は認めなかった。また、心臓MRI (magnetic resonance imaging) の結果は粘液腫と考えられた。体重減少が持続しており、摘出の方針となり心臓血管外科にて腫瘍摘出術を行った。摘出標本の病理診断は粘液腫で、摘出後、IL-6は正常化、体重も増加傾向となっている。左房粘液腫は体重減少のみを主訴に診断されることは稀である。悪性疾患の否定を複数のモダリティーで行った上で摘出した症例は少なく、ここに報告する。

16. 多診療科の集学的加療により治療し得たフルニエ壊疽の1症例

(¹卒後臨床研修センター,²救命救急センター,

³消化器・一般外科,⁴形成外科,⁵泌尿器科)

○若生 翔¹・齋藤真樹子²・◎久保田英²・武田宗和²・矢口有乃²・大森亜紀子³・小寺由人³・櫻井裕之⁴・池田敬至⁵

症例は73歳男性。来院1か月前より右鼠径部痛を認めていた。同部位の疼痛により体動困難となり、当院救急外来に救急搬送された。来院時、意識清明、体温38.7℃、脈拍96/分、血圧137/90 mmHg、呼吸数14/分であり、qSOFA (quick sequential organ failure assessment score) 0点であった。右下腹部の発赤と握雪感、陰嚢は黒色変化と自壊排膿があり、右上後腸骨棘に発赤、びらん、網状皮斑を認めた。白血球数 $245 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、CRP 29 mg/dL、プロカルシトニン12.64 ng/mLであった。CT (computed tomography) 検査では左右腎部、陰嚢から腹壁までの軟部組織の腫脹とガスを認めた。フルニエ壊疽との診断で、泌尿器科と形成外科合同で緊急デブリードマンと右精巣摘除術を施行。感染に対し広域スペクトラム抗菌薬3剤併用とし、エンドトキシン吸着療法を施行。連日創部洗浄を行い、術後13日目より陰圧閉鎖療法を行った。直腸診で肛門からBorrmann3型-4型病変を触知し、直腸生検にて肛門管癌の診断に至った。術後24日目に消化器外科にて人工肛門造設術、形成外科により皮弁再建術を施行した。フルニエ壊疽は中高年の男性に好発し、急速に進行する壊死性筋膜炎である。診断治療が進歩した今日でさえ予後不良な疾患であり、死亡率は約16%である。今回、糖尿病、悪性腫瘍、色素異常症の基礎疾患を持ち、フルニエ壊疽を発症したが、多診療科の集学的加療により救命し得た1例を経験したので報告する。

17. 肝尾状葉に浸潤した副腎皮質癌に対し外科的切除を施行した1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,

²泌尿器科) ○本間俊佑¹・◎近藤恒徳²

〔背景〕副腎皮質癌は1~2人/100万人/年と非常に稀な癌であり、Stage Iでも5年生存率は66%と予後は不良である。しかし経過には個人差が大きく、特に完全切除が行えたものでは長期生存が期待できることもある。今回、肝尾状葉に浸潤した副腎皮質癌に対し、外科的に完全切除し得た症例を経験したので文献的考察を含め報告する。〔症例〕37歳男性。2017年1月頃より繰り返す高熱、体重減少を自覚し、同年9月に近医受診した。右副腎に24 cmの腫瘍、肝尾状葉に8 mmの腫瘍を認め、針生検により副腎皮質癌、肝尾状葉転移と診断された。同年11月よりミトタン (内分泌療法) 内服、EDP (エトポシド+ドキソルビシン+シスプラチン) 療法4クールを施行し副腎内部の壊死像、肝転移巣の縮小を認めた。この段階で外科的切除が検討されたが腫瘍の下大静脈浸潤が疑われ、前医では対応困難との判断で手術加療目的に2018年4月当科紹介受診となった。4月27日開腹右副腎腫瘍切除術および肝尾状葉切除術を施行した。腫瘍の明らかな下大静脈浸潤はなく、腎臓上極との間も剥離